

Intervenções não farmacológicas para manejo de delirium: atuação de terapeutas ocupacionais no centro de terapia intensiva

Non-pharmacological interventions for managing delirium: the role of occupational therapists in the intensive care unit

Thais Thatiane Bernardo¹, Juliana Carla Delsim²

doi: 10.11606/issn.2238-6149.v33i1-3e215695

Bernardo TT, Delsim JC. Intervenções não farmacológicas para manejo de delirium: atuação de terapeutas ocupacionais no centro de terapia intensiva. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2023 jan.-dez.;33(1-3):e215695.

RESUMO: O delirium é uma disfunção neurológica aguda frequentemente observada em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva, caracterizado por alterações transitórias da consciência e cognição, em geral, por breve período de tempo. O objetivo desta pesquisa foi identificar e categorizar intervenções terapêuticas ocupacionais não farmacológicas para manejo de delirium em indivíduos adultos atendidos no centro de terapia intensiva de um hospital público universitário de alta complexidade. Por meio de um estudo qualitativo, retrospectivo, de natureza aplicada, com base em análise documental, de caráter descritivo exploratório, foram analisadas as variáveis sociodemográficas, diagnósticos, informações sobre as avaliações e intervenções terapêuticas ocupacionais para o manejo não farmacológico de delirium e desfecho dos casos de 26 indivíduos. A maioria da amostra foi composta pelo gênero masculino, com a faixa etária predominante de 25-44 anos e quase metade possuíam o ensino fundamental II completo. A maior parte das internações foram decorrentes de urgências traumáticas. Das intervenções terapêuticas ocupacionais mais prevalentes no manejo não farmacológico, evidenciou-se: a orientação temporal e espacial, organização ambiental e posicionamento, toque afetivo e acolhimento e a nomeação, função e orientação dos dispositivos, respectivamente. Foram identificadas e categorizadas 22 intervenções não farmacológicas para manejo de delirium.

PALAVRAS-CHAVE: Delirium; Centro de Terapia Intensiva; Terapia Ocupacional; Adulto; Emergências.

Bernardo TT, Delsim JC. Non-pharmacological interventions for managing delirium: the role of occupational therapists in the intensive care unit. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2023 Jan-Dec;33(1-3):e215695.

ABSTRACT: Delirium is an acute neurological disorder frequently observed in patients admitted to the Intensive Care Unit, characterized by transient changes in consciousness and cognition, generally for a short period of time. The objective of this research was to identify and categorize non-pharmacological occupational therapeutic interventions for the management of delirium in adult individuals treated at the intensive care center of a highly complex public teaching hospital. Through a qualitative, retrospective, applied study, based on documentary analysis, with an exploratory descriptive character, sociodemographic variables, diagnoses, information on assessments and occupational therapeutic interventions for the non-pharmacological management of delirium and outcome of the cases of 26 individuals. The majority of the sample was composed of males, with the predominant age group of 25-44 years and almost half had completed elementary school II. Most hospitalizations were due to traumatic urgencies. Of the most prevalent occupational therapeutic interventions in non-pharmacological management, the following stand out: temporal and spatial orientation; environmental organization and positioning; affective touch and welcoming and the naming, function and orientation of the devices respectively. Twenty-two non-pharmacological interventions for managing delirium were identified and categorized.

KEYWORDS: Delirium; Intensive Care Unit; Occupational Therapy; Adult; Emergencies.

O presente artigo integra o Trabalho de Conclusão de Residência exigido pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os resultados da pesquisa foram apresentados na defesa de Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência do HCFMRP-USP, aprovado e conferido menção honrosa pela Comissão de Residência Multiprofissional.

1. Universidade de São Paulo (USP). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Unidade de Emergência. Ribeirão Preto, SP, Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6713-2344>. E-mail: thais.thatiane26@gmail.com.
2. Universidade de São Paulo (USP). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Unidade de Emergência. Ribeirão Preto, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8092-8102>. E-mail: jcdelsim@hcrp.usp.br.

Endereço para correspondência: Thais Thatiane Bernardo. Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Bernardino de Campos, 1000, Centro, Ribeirão Preto - SP. CEP: 14015-130. E-mail: thais.thatiane26@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O delirium é uma disfunção neurológica aguda frequentemente observada em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI), caracterizado por alterações transitórias da consciência e cognição, em geral, por breve período de tempo⁽¹⁾. Pode ser classificado em três formas psicomotoras: hiperativo, hipoativo e misto. É uma patologia multifatorial que pode ser categorizada em: características da própria doença aguda, fatores relacionados com o paciente e fatores ambientais e/ou iatrogênicos⁽²⁾.

Pacientes diagnosticados com delirium apresentam déficit de atenção e cognição (desorientação temporal, comprometimento do juízo, memória e pensamento) combinadas com flutuação do estado mental e humor (apatia, irritabilidade, euforia ou ansiedade). Além disso, o paciente pode apresentar alteração do nível de consciência, alterações da sensopercepção (distorções ou ilusões sensoriais), perturbações psicomotoras (letargia ou movimentos desorganizados) e possível inversão do ciclo de sono-vigília⁽³⁾.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do delirium podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores não modificáveis estão características do paciente como idade, gênero, comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, características genéticas e demência. No entanto, diante de seu potencial para intervenção, os profissionais devem atentar-se aos fatores de risco modificáveis, particularmente nos pacientes mais propensos ao desenvolvimento de delirium. Entre esses, a ausência de iluminação natural, relógios, isolamento do paciente e privação sensorial são comuns no Centro de Terapia Intensiva (CTI)⁽⁴⁾.

O CTI é caracterizado por unidades complexas, comumente instaladas dentro de hospitais de nível terciário, destinadas ao atendimento de pacientes em estado crítico de saúde. O local é composto de um espaço físico específico e fechado, com recursos humanos especializados e equipamentos tecnológicos avançados⁽⁵⁾. Nestes últimos anos, o delirium em pacientes de CTI tornou-se um tópico importante nos cuidados à saúde, em razão de sua elevada incidência e do impacto nos desfechos em longo prazo (morbidade, mortalidade, condição cognitiva, condição funcional, qualidade de vida e custos econômicos)⁽⁶⁾.

Conforme Morandi et al.⁽⁷⁾ (p.253) o tratamento do delirium deve se basear em uma abordagem interdisciplinar e multidimensional, envolvendo diferentes profissionais de saúde. Dessa forma, a equipe multiprofissional deve buscar estratégias individualizadas para a prevenção do delirium para cada paciente. A identificação desses fatores

pode contribuir para a prevenção e assim reduzir o tempo de internação hospitalar⁽⁸⁾. Algumas pequenas intervenções podem tornar o ambiente do CTI menos inóspito, permitindo uma melhor percepção do ambiente, como orientação de noite e dia por janelas e luzes, acesso a próteses dentárias, óculos, aparelhos auditivos e intervenções para minimizar a privação de sono⁽⁴⁾.

Compreende-se que intervenções de Terapia Ocupacional reduzem os impactos dessa condição e permitem ações com foco na prevenção⁽⁹⁻¹¹⁾. Segundo Weinreich et al.⁽¹²⁾ (p.205-213) em seu estudo de revisão sistemática sobre a prática e benefícios da Terapia Ocupacional no CTI, evidenciou resultados positivos nos desfechos de pacientes que receberam atendimentos da terapia ocupacional neste setor, entre eles a melhora do delirium, menor uso de sedativo, melhora da força e função e menor tempo de internação hospitalar.

De acordo com Caetano et al.⁽¹³⁾ (p.8-12) em sua revisão bibliográfica, as intervenções não farmacológicas para manejo de delirium realizadas pela equipe multiprofissional incluindo terapeutas ocupacionais, traz como finalidade/detalhamento diversas intervenções realizadas, entre essas destacam-se as intervenções mais propícias de serem realizadas em CTI: melhorar a capacidade funcional e cognitiva; diminuir a duração do delirium e melhorar o estado funcional; modificar as atividades conforme habilidades funcionais e cognitivas visando maior autonomia, senso de eficácia, satisfação e bem-estar; favorecer a interação do paciente com objetos e pessoas próximas; estimular os diferentes canais sensoriais do paciente: visual, auditivo, tátil, proprioceptivo e gustativo; posicionar o paciente adequadamente para fornecer conforto, manter ou melhorar a funcionalidade e evitar complicações decorrentes da pouca mobilização; realizar mudanças posturais e estimular a interação com o ambiente; diversificar a rotina e oferecer treinamento para o desempenho de atividades de vida diária (AVDs) de lazer visando independência; manter ou ativar movimentos funcionais e melhorar a força dos membros superiores por meio de atividades, como: exercícios com equipamentos, ergoterapia e atividades bimanuais; usar dispositivos de tecnologia assistiva para posicionamento adequado e prevenção de úlceras por pressão e deformidades e favorecer a presença e envolvimento da família no cuidado e tratamento.

Neste cenário contempla-se o hospital escola público de nível terciário de alta complexidade onde foi desenvolvida esta pesquisa, localizado no município de Ribeirão Preto em São Paulo. A instituição dispõe de dois Centros de Terapia Intensiva Adulto (CTIs), que são separados por andares, mas possuem a mesma finalidade e estrutura

física. No total são 16 leitos de internação, destinados ao cuidado de pacientes críticos. A equipe atuante no CTI, conta com profissionais contratados e residentes, das áreas médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Atualmente, os indivíduos do setor são atendidos por apenas dois terapeutas ocupacionais residentes que revezam a escala ao decorrer do ano.

O Serviço de Terapia Ocupacional deste hospital estabeleceu um protocolo para auxiliar na elegibilidade dos pacientes internados no CTI adulto a serem atendidos por este serviço, considerando as especificidades dos pacientes e a possibilidade da atuação deste profissional. Os usuários potencialmente atendidos pelo Terapeuta Ocupacional são aqueles que atingem na Escala de Coma de Glasgow (ECG), uma pontuação igual ou superior a 11. Este instrumento clínico proporciona uma abordagem padronizada e universal, para avaliar pacientes com alterações do nível de consciência. Tal instrumento possui grande valor preditivo e de sensibilidade, mediante a observação de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. A ECG baseia-se em um sistema de pontuação, que varia de 3 a 15, no qual pacientes com escore 15 apresentam nível de consciência sem alteração, já os indivíduos com escores menores que 8 são considerados em coma, representando estado de extrema urgência⁽¹⁴⁾.

Devido à influência do delirium para o desfecho do tratamento dos pacientes e as potencialidades de atuação da Terapia Ocupacional para manejo deste quadro clínico se faz relevante levantar as estratégias utilizadas pelo Terapeuta Ocupacional especialmente no CTI. Assim, este estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco modificáveis, verificar o que é factível no Centro de Terapia Intensiva e categorizar as intervenções não farmacológicas desenvolvidas por terapeutas ocupacionais com indivíduos adultos em delirium, atendidos em CTI de um hospital público, universitário de alta complexidade que necessitem de atendimentos de urgência e emergência, localizado no interior do estado de São Paulo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho pode ser caracterizado como um estudo retrospectivo, de natureza aplicada, com base em análise documental, de abordagem qualitativa e de caráter descritivo exploratório. Segundo Gil⁽¹⁵⁾, a pesquisa documental se caracteriza pelo uso de materiais que não receberam um tratamento analítico. Os registros em formulários eletrônicos, prontuários entre outros documentos obtidos de forma indireta estão inseridos neste grupo.

A aplicação de um instrumento de avaliação do delirium é fundamental para sua identificação e tratamento, considera-se o instrumento adequado aquele que permite a avaliação e mensuração em pacientes que não verbalizam ou que estejam intubados sob ventilação mecânica⁽¹⁶⁾. O primeiro instrumento validado para a avaliação de delirium desenvolvida especificamente para pacientes de UTI foi o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU), adaptado do *Confusion Assessment Method* (CAM). O CAM-ICU é usado pelos profissionais à beira leito, sua execução completa tem a duração de apenas dois minutos e exige treinamento mínimo, este é composto por quatro itens: 1 - início agudo, 2 - distúrbio da atenção, 3 - pensamento desorganizado e 4 - alteração do nível de consciência. Sua tradução e validação para o português ocorreu em 2011, com sensibilidade e especificidade de 72,5% e 96,2%, respectivamente⁽¹⁷⁾.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital referido (Processo nº 12075/2022). Os dados foram coletados através dos prontuários dos pacientes (PEP) atendidos no Centro de Terapia Intensiva pelo Serviço de Terapia Ocupacional, obtidos por meio do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), referentes ao período de março de 2021 a fevereiro de 2022 nos dois CTI-Adulto. As variáveis estudadas dizem respeito às intervenções não farmacológicas realizadas pelos profissionais de terapia ocupacional neste contexto, sendo realizada a leitura de cada um dos prontuários clínicos, e, assim, selecionados os casos considerados para esta pesquisa, conforme os passos de filtragem descritos abaixo:

PASSO 1 – Identificação da casuística inicial: foi composta por 93 pacientes atendidos pela equipe multiprofissional dos dois CTI-Adulto, identificados através da análise do banco de dados do serviço. Os filtros utilizados no SIH foram o tipo de consulta (relatório de estatística de procedimento por especialidade executora), o período do atendimento (março de 2021 à fevereiro de 2022) e a especialidade executora (terapia ocupacional);

PASSO 2 – Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por idade: foram incluídos os indivíduos atendidos pelo Serviço de Terapia Ocupacional, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 60 anos. Os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos foram excluídos da pesquisa. Dos 93 indivíduos identificados inicialmente, 80 foram incluídos pelos critérios de idade e 13 foram excluídos por apresentarem idade igual ou superior a 60 anos;

PASSO 3 – Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por aplicação da escala de mensuração de delirium (CAM – ICU): foram incluídos os indivíduos que

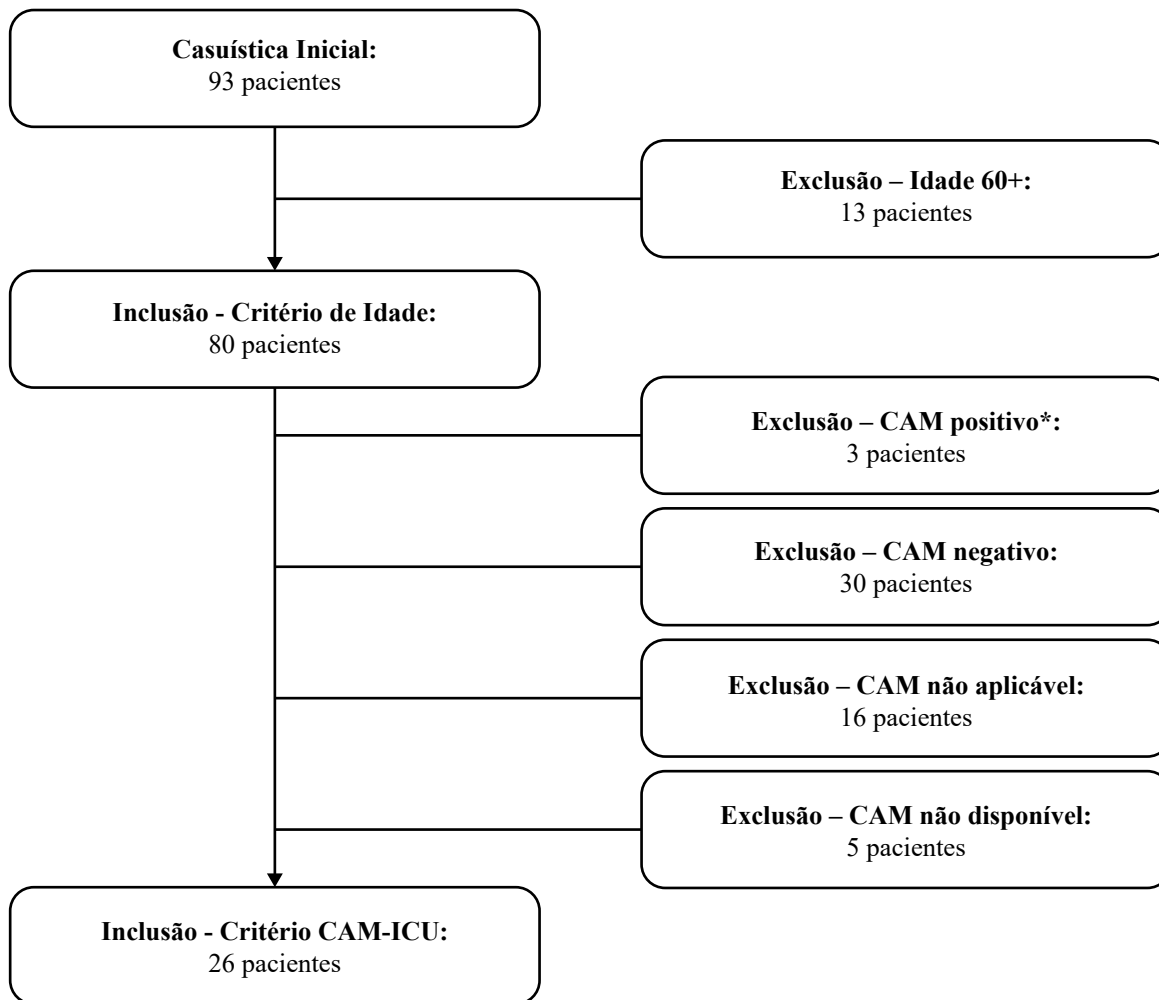
apresentaram resultado positivo para delirium através da aplicação da escala de mensuração de delirium (CAM – ICU) realizada pela equipe de enfermagem e disponibilizada através do prontuário eletrônico do paciente. Os usuários que não obtiveram aplicação da escala de mensuração de delirium inseridas no prontuário e os que apresentaram resultado negativo para delirium foram excluídos da pesquisa.

Entre os 80 indivíduos restantes após a segunda etapa de filtragem, 26 foram incluídos na pesquisa e 54 foram excluídos. No que se refere aos indivíduos excluídos, três apresentaram resultados positivo para delirium, mas não receberam intervenção terapêutica ocupacional por apresentarem sonolência; 30 apresentaram resultado negativo para delirium; 16 não tinha os critérios de elegibilidade

de aplicação do CAM e cinco não possuíam informação disponível sobre a aplicação da escala no prontuário;

PASSO 4 – Análise em profundidade dos dados selecionados: para os 26 indivíduos incluídos no estudo, foram analisadas as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, atividade laboral, renda), o motivo da internação, as informações sobre as avaliações e intervenções terapêuticas ocupacionais para manejo de delirium não farmacológico e, por fim, o desfecho do paciente (transferência para o semi-intensivo; enfermaria ou óbito).

A Figura 1 apresenta o esquema sobre o processo de filtragem dos dados obtidos e seleção dos dados incluídos para análise neste trabalho.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 1: Fluxograma do número de pacientes incluídos no presente estudo após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 26 prontuários de indivíduos adultos atendidos pelo serviço de terapia ocupacional e que apresentaram CAM positivo para delirium em alguma fase da hospitalização no CTI.

Quanto aos fatores sociodemográficos, identificou-se que a maioria (N=21) é composta pelo gênero masculino (80,8%), sendo a faixa etária com maior prevalência de 25-44 anos e constatou quase metade (46,2%) tem o ensino fundamental II completo (5º à 9º ano), conforme apresenta a Tabela 1. Um estudo transversal com 157 pacientes para identificar a prevalência de delirium realizado em Unidade de Terapia Intensiva Adulto no interior do estado de São Paulo, também constatou que a maioria era do gênero masculino (65%) e que a idade média destes é de 53,2 anos⁽¹⁸⁾.

Sobre o estado civil, 46,2% são solteiros, 19,2% casados, 19,2% divorciados e 15,4% estão em união estável. Em relação a etnia, observou-se que 73,1% se identificaram como brancos e 26,9% como pardos, sendo estes dados coletados no sistema e fornecidos pelos familiares durante a realização da ficha cadastral. Acerca da procedência destes indivíduos, foi possível visualizar que mais da metade (57,7%) são procedentes do município de Ribeirão Preto, 7,7% do município de Guariba, 7,7% da cidade de Serrana e os demais (26,6%) são procedentes de sete municípios diferentes que compõem o DRS XIII.

Em relação aos principais diagnósticos, foi possível classificá-los em internações por urgências traumáticas e urgências clínicas. As urgências traumáticas são decorrentes de causas externas e podem ser categorizadas em não intencionais, sendo estas relacionadas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos, queimaduras, entre outras, e as intencionais podem ser agressões e lesão autoprovocadas, como tentativa de suicídio e/ou homicídio, privação ou negligência⁽¹⁹⁾. Já as urgências clínicas são as urgências cardiovasculares; urgências ginecológicas e obstétricas; urgências pediátricas; urgências psiquiátricas; urgências metabólicas e urgências respiratórias⁽²⁰⁾.

A maior parte das internações (61,3%) foram decorrentes de lesões traumáticas: Trauma Cranioencefálico Grave (TCE Grave) (30,8%), TCE associado ao Politrauma (11,5%), sendo as demais causas equivalentes a 3,8% cada (19% total). Tal caracterização está de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas na Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Linha de Cuidado do Trauma - Foco na Atenção ao Politrauma uma das prioridades de atendimento em hospitais de urgência e emergência

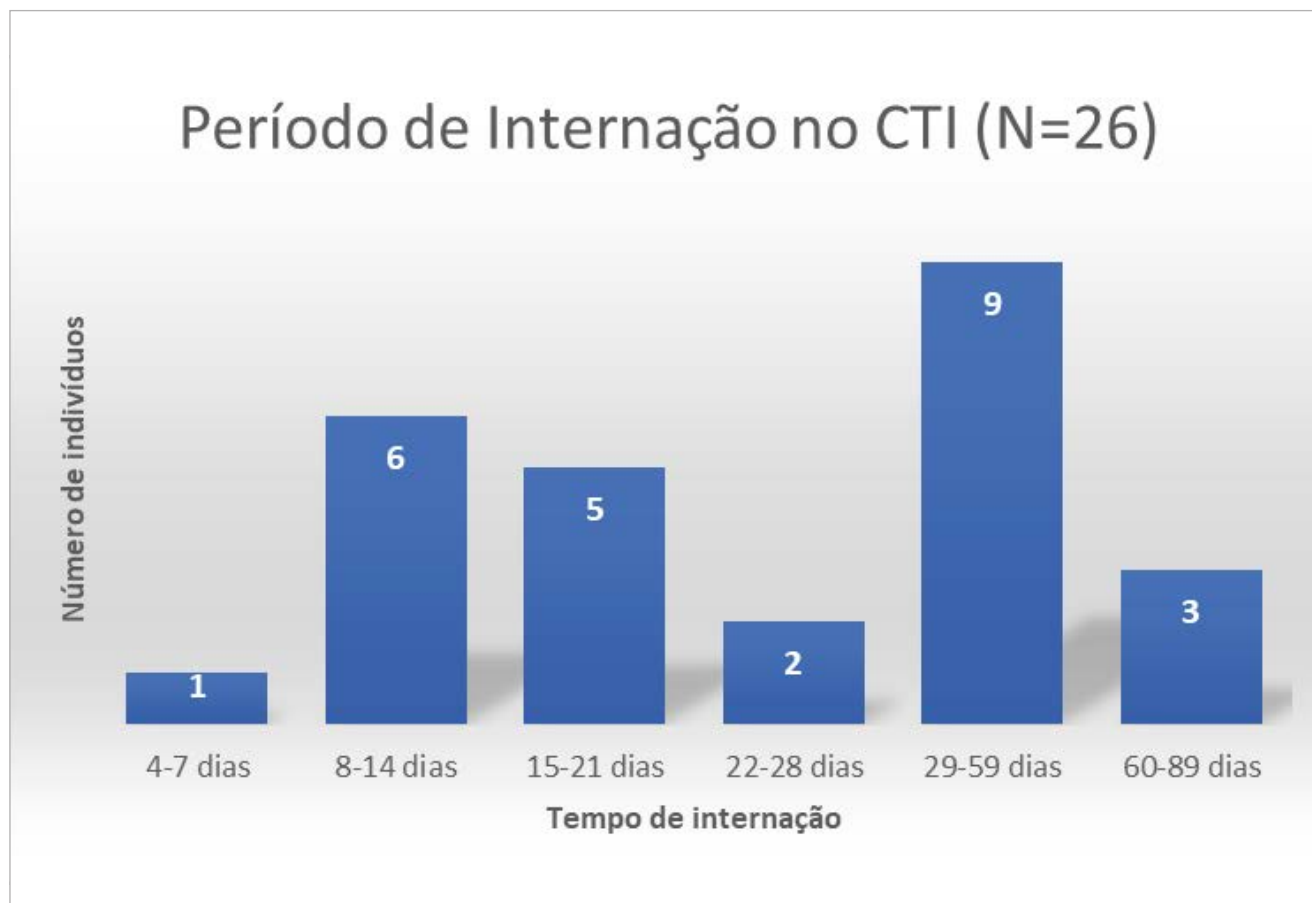
que compõem tal rede⁽²¹⁾. No Brasil em 2010, foram autorizadas 929.893 internações hospitalares por lesões decorrentes de lesões traumáticas, representando 8,2% das internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde e 8,7% do valor total das internações pagas pelo SUS neste ano⁽²²⁾.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos indivíduos com Delirium no Centros de Terapia Intensiva (CTIs) de Hospital de Urgência e Emergência (N=26).

Indicadores Sociodemográficos	Grupo do estudo – (N=26)	
	(N)	%
Gênero		
Feminino	5	19,2%
Masculino	21	80,8%
Estado civil		
Solteiro	12	46,2%
Casado	5	19,2%
Divorciado	5	19,2%
União Estável	4	15,4%
Faixa Etária (anos)		
20-24	2	7,7%
25-44	16	61,5%
45-59	8	30,8%
Etnia		
Branco	19	73,1%
Pardo	7	26,9%
Escolaridade		
Fundamental I incompleto	1	3,8%
Fundamental II incompleto	2	7,7%
Fundamental II completo	12	46,2%
Médio incompleto	1	3,8%
Médio completo	7	26,9%
Superior completo	3	11,5%
Procedência		
Ribeirão Preto	15	57,7%
Guariba	2	7,7%
Serrana	2	7,7%
Altinópolis	1	3,8%
Brodowski	1	3,8%
Cravinhos	1	3,8%
Jaboticabal	1	3,8%
Pontal	1	3,8%
Sertãozinho	1	3,8%
São Simão	1	3,8%

Fonte: Autoria própria, 2023.

Conforme pode ser observado, na Figura 2. estão descritos os dados sobre o tempo de internação de tais pacientes.



Fonte: Autoria própria, 2023.

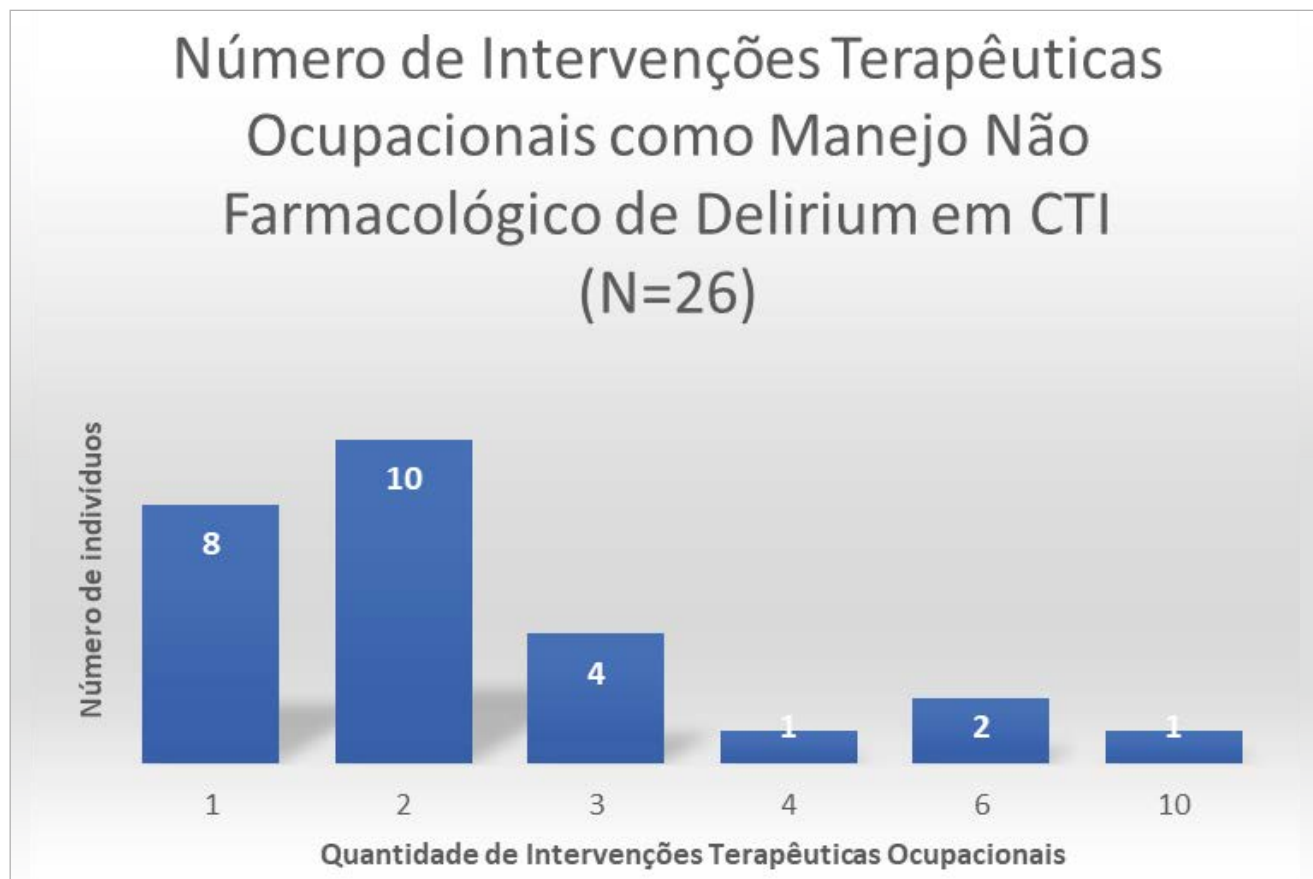
Figura 2: Período de internação dos indivíduos (N=26) no Centro de Terapia Intensiva

Dessa forma, no que se refere ao tempo de internação, a maioria dos indivíduos (96,1%) possuiu período de internação superior a oito dias, sendo que a maior parcela (34,6%) permaneceu entre 29 e 59 dias, caracterizando o tempo de internação como prolongado. O estudo realizado por Azevedo et al.⁽²³⁾ encontrou aumento de quase 10% nas chances de ocorrência do delirium para cada dia acrescido no tempo de permanência na UTI. A literatura reforça que a incidência do delirium pode aumentar em até cinco vezes as chances de óbito⁽²⁴⁾. Segundo Ely et al.⁽²⁵⁾, isto resulta de aspectos que impactam no delirium e podem levar a complicações clínicas, como doenças agudas, comorbidades e uso de terapias medicamentosas.

O Ministério da Saúde orienta e comunica sobre a necessidade de reduzir tempo de internação em

UTI e diminuição dos índices de morbimortalidade. Foi estabelecida uma meta de 4,5 a 5,3 dias conforme preconizado pelo Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira⁽²⁶⁾. Observou-se que tais orientações não estão de acordo com os dados obtidos neste trabalho, sendo que uma das possíveis justificativas para tal fato esteja relacionada à complexidade dos casos atendidos em hospitais de urgência e a necessidade de internação prolongada visto a condição clínica crítica dos pacientes.

No que diz respeito a quantidade de atendimentos realizados pela equipe de Terapia Ocupacional para manejo não farmacológico de delirium em tais pacientes, estes estão descritos na Figura 3., conforme podem ser observados a seguir.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 3: Quantidade de Intervenções Terapêuticas Ocupacionais para manejo não farmacológico de delirium em CTI.

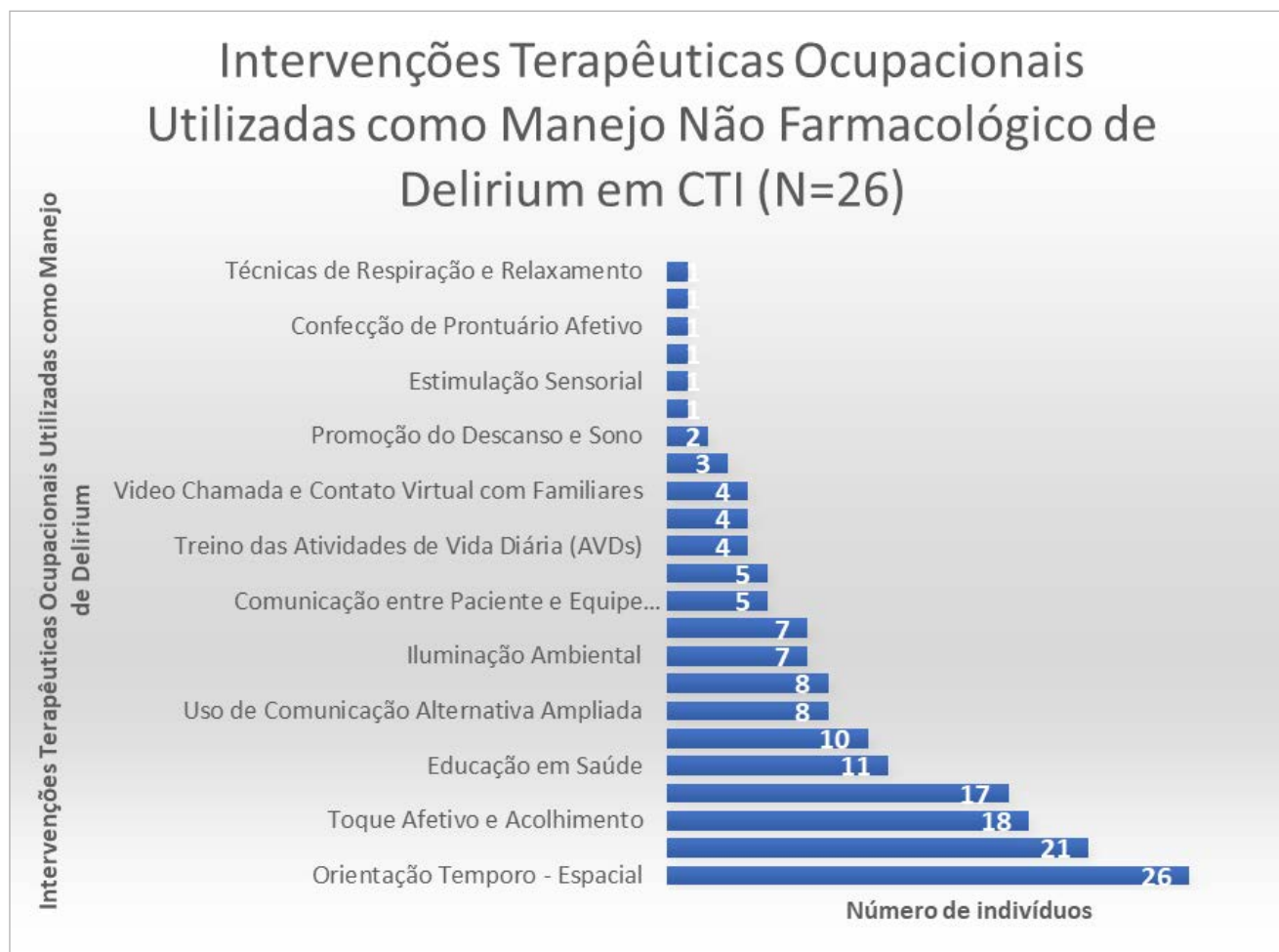
Em relação aos atendimentos realizados pela terapia ocupacional verificou-se que no período estabelecido, ocorreu uma única intervenção terapêutica ocupacional à oito pacientes, seguido de duas intervenções terapêuticas ocupacionais à 10 indivíduos sendo este número com maior prevalência (38,4%). Evidencia-se também que quatro e dez intervenções terapêuticas ocupacionais foram realizadas a um número pequeno de indivíduos, somente um para cada categoria, como apresentado na Figura 3. Vale ressaltar que os usuários potencialmente atendidos pelo terapeuta ocupacional são aqueles que atingem na Escala de Coma de Glasgow (ECG), uma pontuação igual ou superior a 11.

Os dados sobre o desfecho desses indivíduos foram coletados, revelando que 88,4% obtiveram transferência para a enfermaria; 3,8% transferência para o semi-intensivo e 7,7% evoluíram para óbito.

Ainda no que se refere às intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas pela equipe de Terapia

Ocupacional, demonstra que elas devem ser baseadas no reconhecimento dos fatores de risco modificáveis de delirium, os quais são passíveis de intervenções e logo a modificação. Assim, podemos categorizá-las em Intervenções Não Farmacológicas realizadas pelos Profissionais da Saúde e em Intervenções Não Farmacológicas Exclusivas do Terapeuta Ocupacional. A primeira abrange intervenções que não são exclusivas ou próprias da terapia ocupacional e que são pertencentes às políticas públicas de saúde. A segunda engloba ações privativas da categoria profissional e estão documentadas na Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo 4ª edição, da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).

A Figura 4. representa todas as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas e registradas em prontuário eletrônico pelo terapeuta ocupacional no CTI adulto.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 4: Intervenções Terapêuticas Ocupacionais realizadas no Centro de Terapia Intensiva.

Intervenções Não Farmacológicas realizadas pelos Profissionais de Saúde

Orientação temporal e espacial: As realizações das orientações temporal e espacial como intervenção consistem em promover que o paciente orienta-se quanto ao dia, mês, ano, horas, duração da internação em dias, contextualização do espaço, desde o nome da cidade, estado, país e localização atual do CTI dentro do complexo hospitalar. Para isso, inicialmente utiliza-se a intervenção de forma verbal auxiliado posteriormente por recursos visuais impressos, em papel plastificado como: mapas do país, região da cidade, ilustração da fachada do hospital e da respectiva unidade sendo tais figuras pertencentes a placa de orientação do setor, como também relógio, calendário, notícias da mídia.

Organização ambiental e posicionamento:

Quanto a organização do ambiente foram realizadas ações que reduzissem barreiras arquitetônicas e promovessem os melhora nos fatores ambientais da unidade, estas são: redução de ruído, adequação do leito, remoções ou adequações das contenções físicas, uso de itens pessoais ou de familiaridade e adequação da iluminação ambiental esta última intervenção foi realizada com 26,9% dos indivíduos como demonstrado na tabela. O posicionamento adequado durante todas as atividades é fundamental para a prevenção de deformidades⁽²⁷⁾. Deve-se evitar o desalinhamento das articulações, mantendo-as em posições neutras ou funcionais, conforme as especificidades de cada membro do corpo e da lesão apresentada pelo sujeito e podem ser

utilizados recursos como coxins (feitos com cobertores, lençóis e/ou espumas), cunhas, rolos, tábuas e órteses⁽²⁸⁾.

Toque Afetivo e Acolhimento: Em relação a esta categoria fundamenta-se o tocar como sendo “apalpar, ter contato com, comover, sensibilizar, ir de encontro, aplicar o sentido do tato, aproximar-se” assim compreende-se o uso do toque afetivo como um recurso para promoção de cuidado⁽²⁹⁾. E tem-se no acolhimento a escuta qualificada, validação dos sentimentos diante das instabilidades emocionais advindas dos pacientes, frente ao período e processo de hospitalização. O acolhimento constitui-se como uma diretriz da Política Nacional de Humanização qualificada na escuta das queixas do usuário, no reconhecimento do seu protagonismo e na responsabilização pela resolução, legitimando o que o outro traz como singular necessidade de saúde⁽³⁰⁾.

Nomeação, função e orientação dos dispositivos: Nas intervenções realizadas para nomear, explicar função e orientar sobre os dispositivos, estimula-se à percepção de cada dispositivo que o indivíduo utiliza concomitantemente com a informação da sua funcionalidade. Para isto empregou-se o uso de placas ilustrativas contendo fotos reais de cada dispositivo, estas são plastificadas para garantir o controle de risco e prevenção de infecção hospitalar bem como facilitar a higienização após cada intervenção. Assim, apresentada individualmente e quando necessário estimulado o toque ao item de forma ativa ou quando há alteração das habilidades motoras é realizada a movimentação passiva, favorecendo o reconhecimento e consciência corporal após a inserção deste dispositivo.

Educação em saúde: A educação para a saúde do paciente hospitalizado é a ação, a atitude de compartilhar conhecimentos acerca da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação relacionadas à saúde e se fundamenta na reciprocidade entre a equipe, pacientes e os familiares e acompanhantes. Caracterizada pelo compartilhamento de informações, esclarecimentos, orientações, explicações, conhecimento, formação, capacitação, treinamento, ensinamento e educação referentes à saúde e à terapêutica dos pacientes, familiares e acompanhantes⁽³²⁾. Foram realizadas como intervenções para manejo de delirium orientações sobre rotina hospitalar, explicações sobre a condição clínica apresentada, em conjunto com equipe multiprofissional esclarecimentos sobre opções de tratamentos, incentivo a questionar a equipe multiprofissional sobre condutas e sanar dúvidas, educação sobre um diagnóstico associado a elaboração de cartilhas.

Manejo e controle de sintomas não farmacológicos: O controle de sintomas é uma estratégia, que tem seus princípios nos cuidados paliativos⁽³⁴⁾. Compreende-se pela

avaliação quanto ao sofrimento em todas as suas dimensões: física, psíquica, social e espiritual dos pacientes em estado grave ou em processo de finitude de vida. São comumente observados nos indivíduos durante a hospitalização os seguintes sinais e sintomas principais: algia, ansiedade, dispneia, fadiga, náusea de difícil controle⁽³⁵⁾. As intervenções realizadas dependeram dos sintomas e demandas apresentados por cada um, considerando assim a singularidade de cada sujeito e os domínios da terapia ocupacional para avaliar e determinar quais recursos e estratégias a serem utilizados.

Segurança do paciente: A Organização Mundial de Saúde em 2010, define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento⁽³⁶⁾. Como estratégias e intervenções foram realizadas: a higienização das mãos e dos materiais antes e após as intervenções como prevenção de contaminações e disseminação; paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) corretamente com pacientes em precaução de contato; comunicação diária com os demais profissionais do setor para melhor compreensão do caso e discussão de possibilidades de intervenções a partir do conhecimento e troca com o outro; medidas para prevenção de quedas dos pacientes como elevação das grades do leito bilateralmente. E, por fim, como uma das estratégias de segurança, a comunicação assertiva efetiva entre equipe multidisciplinar e paciente é apontada entre as intervenções terapêuticas ocupacionais (N=5 - 19,2%).

Atendimento familiar: Entre as ações realizadas estão a escuta ativa e acolhimento e informações sobre delirium; estratégias de facilitação na compreensão e participação no tratamento do paciente; orientação na comunicação com o paciente e empoderamento para reconhecimento como figura de apoio e recursos potenciais para o manejo.

Técnicas de relaxamento e respiração: As técnicas de relaxamento promovem descontração muscular e proporcionam um reequilíbrio emocional. Os componentes básicos do relaxamento são a respiração, a postura relaxada de membros e músculos e, por vezes, a repetição de algum som para minimizar as distrações⁽⁴¹⁾. Entre os efeitos do relaxamento estão a melhora da atenção, da aprendizagem, da concentração, da criatividade, da inteligência e da memória, importantes habilidades desenvolvidas no manejo do delirium.

Comunicação alternativa ampliada: De acordo com Santos⁽³¹⁾ (p.350-355) uma condição comum apresentada

pelos pacientes críticos que necessitam de ventilação mecânica de modo prolongado é a necessidade de traqueostomia que por sua vez, impede a comunicação oral. Assim, foram realizadas ações vinculadas às dificuldades de expressão, a partir de uma avaliação inicial da capacidade cognitiva, manual e expressiva do paciente, sendo posteriormente elaboradas propostas facilitadoras de comunicação por meio de: confecção e uso de pranchas de comunicação alternativa (símbolos, Escala de Dor Visual Analógica - EVA, alfabeto, numerais), escrita adaptada (escrita gráfica e digital), treino de sinais corporais ou faciais, softwares de voz.

Ambiente virtual: As chamadas de vídeo se tornaram um importante recurso da tecnologia da informação e comunicação adotadas em contextos hospitalares. É uma estratégia para reduzir o impacto negativo da hospitalização e deixar o paciente menos estressado e mais seguro durante o tratamento. Tanto permite a participação social, com a interação com familiares à distância, quanto pode promover o estímulo às funções mentais no processo de reabilitação, como recurso para estímulo cognitivo e prevenção ao delirium⁽⁴⁰⁾.

Prontuário afetivo: Trata-se de um ato para identificação humanizada do paciente no leito, contém informações que vão além dos dados básicos como nome e data de nascimento. Em um papel que fica exposto no leito são registrados os interesses pessoais, valores mais significativos, vínculos afetivos, metas e planos futuros do indivíduo, a partir da visão de um familiar ou membro próximo que possa ofertar tais informações quando o indivíduo se encontra em estado grave ou sem condições de comunicação. O prontuário afetivo é um recurso que promove a construção de vínculo entre paciente, familiares e equipe assistencial, proporcionando afeto e cuidado focado nas singularidades e particularidades de cada indivíduo.

Estimulação sensorial: Tem por objetivo a prevenção da privação sensorial, estimulação e interação do paciente com o ambiente, profissionais e familiares. Foram encontrados registros de intervenções utilizando recursos para promoção da estimulação sensorial, sendo eles: táteis, através da aplicação de diferentes texturas sobre o corpo (algodão; gaze; pente e creme hidratante) com uso de materiais descartáveis ou higienizáveis. Visuais, utilizando na grande maioria dos atendimentos imagens impressas em papel plastificado como identificação da quantidade de quadrados preenchidos na figura; indicação de figura seguindo o seu modelo e tamanho (chave, sol, cadeado e refrigerante) e nomeação dos objetos superpostos. Além disso, também são utilizados como recursos de estimulação objetos físicos presentes no cotidiano e que também estão no contexto hospitalar

(pente, escova, copo descartável e outros). E auditiva, sendo utilizados caixa de som e televisão da própria instituição.

Intervenções Não Farmacológicas Exclusivas do Terapeuta Ocupacional

Domínio da terapia ocupacional: Todos os aspectos do domínio, incluindo as ocupações, os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho, bem como contexto e ambiente, são de igual valor; juntos eles interagem para influenciar a identidade ocupacional, a saúde, o bem-estar e a participação do cliente na vida, assim, para apoiar o envolvimento a participação e a saúde. As Ocupações são fundamentais para identidade e senso de competência de um sujeito, tais se referem às atividades diárias que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com comunidades para preencher tempo e trazer sentido e propósito à vida. As ocupações incluem atividades que as pessoas precisam, querem e se espera que façam³⁷⁾. Foi identificado na leitura dos prontuários, as seguintes ocupações como intervenções: Atividades de Vida Diária - AVDs (15,3%); Lazer [Atividades de lazer] (15,3%) e Descanso e Sono (7,7%).

- **Atividades de vida diária (AVDs):** Identificado o treino da alimentação e orientações sobre cuidados e manutenção dos itens de higiene e cuidados pessoais.
- **Atividade de lazer:** Compreende todas as atividades manuais, artísticas, corporais, expressivas e artes visuais.
- **Descanso/sono:** Inclui as atividades de preparação para o sono, assim identificado o uso determinação a hora do dia e o período desejado para dormir e o preparo de ambiente físico, através de desligar luzes e dispositivos.

Os padrões de desempenho são caracterizados por hábitos, rotinas, papéis e rituais usados no processo de se envolver em ocupações ou atividades que podem apoiar ou dificultar o desempenho ocupacional. Os rituais são ações simbólicas com significado espiritual, cultural ou social. Rituais contribuem para a identidade de um cliente e reforçam seus valores e crenças^(38,39). Foi identificado como intervenção (3,8%), a realização do ritual rezar.

Estimulação das habilidades de desempenho: As habilidades de desempenho são ações observáveis e com um propósito, que consistem em competências motoras, competências de processo e competências de interação social. O terapeuta ocupacional avalia e analisa as competências de desempenho durante a sua execução, para compreender a competência de um cliente para a realização de uma

atividade em contextos naturais. Esta avaliação exige uma análise da qualidade das ações individuais (habilidades de desempenho) durante a execução da atividade⁽³³⁾. São habilidades de desempenho:

- **Habilidades processuais:** referem-se à eficiência com que uma pessoa organiza objetos, o tempo e o espaço, incluindo o desempenho mantido, a aplicação do conhecimento, a organização do tempo, a organização do espaço e dos objetos e a adaptação do desempenho⁽³³⁾. Para 38,4% dos indivíduos foram feitas estimulações cognitivas com uso de placas categorizadas para identificação e discriminação;
- **Habilidades motoras:** referem-se à eficiência com que uma pessoa se move e interage com objetos, incluindo o posicionamento do corpo, obtendo e segurando objetos, movendo-se a si próprio e aos objetos, mantendo o desempenho⁽³³⁾. Para 11,5% dos indivíduos foram realizadas ações de estabilização, alinhamento, posicionamento, alcance, inclinação, preensão, manipulação, coordenação, movimentação, entre outras;
- **Habilidades de interação social:** referem-se à eficiência com que uma pessoa utiliza as competências verbais e não verbais para comunicar, incluindo iniciar e terminar, produzir, apoiar fisicamente, dar forma ao conteúdo, manter o fluxo, apoiar verbalmente e adaptar a interação social⁽³³⁾. Para 3,8% dos indivíduos foram observadas e estimuladas habilidades de abordagem, gesticulação, fala fluente, olhar, replicar, tempo de resposta e outros.

Podemos observar na Figura 4 o número total de cada intervenção terapêutica ocupacional, destacando em maior número a orientação temporal e espacial (N 26=100%), seguida da organização ambiental e posicionamento (N 21=80,7%), toque afetivo e acolhimento (N 18=69,2%) e na categoria nomeação, função e orientação dos dispositivos (N 17= 65,3%). Note que várias intervenções podem ser utilizadas para um mesmo indivíduo. As quatro categorias mais citadas, geralmente, estão entre as primeiras intervenções realizadas pelas duas residentes terapeutas ocupacionais da unidade hospitalar, por isso, podem ter tido uma alta frequência entre os dados coletados. Ainda não foi formalizado um protocolo único para realização das intervenções terapêuticas ocupacionais.

Em conformidade com Caetano et al.⁽¹³⁾(p.14) o cuidado oferecido por terapeutas ocupacionais como intervenções não farmacológicas de prevenção e manejo de delirium concentra em estratégias individualizadas que enfatizavam

o desempenho ocupacional, a melhora das capacidades físicas e cognitivas, o posicionamento adequado, a realização de atividades significativas, o aumento da autonomia, satisfação e bem-estar, o estímulo à participação da família, a promoção da educação em saúde para favorecer a interação com o paciente, o manejo de fatores comportamentais e ambientais e os possíveis disparadores de estresse no paciente.

O processo de Terapia Ocupacional é a prestação de serviços de Terapia Ocupacional centrada no/a cliente. O processo inclui avaliação e intervenção para alcançar os resultados desejados e ocorre dentro do âmbito do domínio da Terapia Ocupacional. Este é facilitado segundo a perspectiva própria de terapeutas ocupacionais baseados no seu raciocínio profissional, analisando ocupações e atividades e colaborando com os clientes. Os pilares da prática da Terapia Ocupacional sustentam o processo de prestação de serviços⁽⁴¹⁾.

De acordo com Weinreich et al.⁽¹²⁾ (p.205-213), em seu estudo de revisão sistemática sobre a prática e benefícios da Terapia Ocupacional em UTI, demonstrou através de avaliações, resultados positivos nos desfechos de pacientes que receberam atendimentos terapêuticos ocupacionais neste setor, evidenciado a melhora do delirium, menor uso de sedativo, melhora da força e função e menor tempo de internação hospitalar. Os recursos interventivos utilizados pelo terapeuta ocupacional são diversificados, desde treinamentos de tecnologia assistiva para interação do familiar com o paciente até em atividades focadas na expressividade, tais utilizadas como estratégias para amenizar impactos ocasionados pela hospitalização e em ações reflexivas para (re)organização de papéis desempenhados, com isso identifica-se as redes de apoio e recursos potencializadores no enfrentamento do adoecimento⁽⁴²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise de 26 prontuários de indivíduos adultos com delirium em alguma fase da hospitalização em centro de terapia intensiva de um hospital universitário público, de alta complexidade, localizado no interior do estado de São Paulo foi possível identificar o desenvolvimento de 22 intervenções por terapeutas ocupacionais: orientação temporo espacial; organização ambiental e posicionamento; toque afetivo e acolhimento; nomeação, função e orientação dos dispositivos; educação em saúde; estimulação das habilidades processuais; comunicação alternativa e ampliada; manejo e controle de sintomas; iluminação ambiental; segurança do paciente; comunicação entre paciente e equipe; orientação de familiares e acompanhante; treino das atividades de vida diária (AVDs); uso de atividades significativas/interesse; videochamada e contato visual

com familiares; estimulação das habilidades motoras; promoção do descanso e sono; confecção de prontuário afetivo; hábitos, rotinas e rituais; estimulação das habilidades de interação social; estimulação sensorial e; técnicas de respiração e relaxamento.

As intervenções terapêuticas ocupacionais atuam nos fatores de risco modificáveis para delirium, de maneira não farmacológica. Grande parte dos estudos é centrada no manejo do delirium na população idosa. Por isso, um estudo realizado com pessoas adultas pode apontar diferentes perspectivas de atuação do terapeuta ocupacional.

Ainda que a reflexão exibida generalize as intervenções terapêuticas ocupacionais, é fundamental enfatizar que todas as ações foram realizadas considerando as singularidades de cada indivíduo.

Uma das limitações desta pesquisa é a dependência das informações sobre delirium inseridas nos prontuários, pois foi realizada com base em análise documental, fundamentada nos registros dos prontuários de terapia ocupacional. A escala CAM é aplicada, em geral, pelos profissionais da enfermagem, o que limita a percepção do delirium. O ideal seria estender a verificação da condição de delirium para outros profissionais de saúde, inclusive acrescentando-a ao protocolo utilizado pela terapia ocupacional. Conclui-se que há necessidade em produzir mais estudos, evidenciando a escassez em relação aos estudos sobre manejo não farmacológico de delirium com indivíduos adultos. Sugere-se novos estudos acerca da temática, ampliando os conhecimentos sobre o delirium em adultos.

Este trabalho não teve financiamento. Não houve conflito de interesses.

Participação das autoras: *Thais Thatiane Bernardo*: responsável pela idealização, planejamento, redação do texto e revisão do texto. *Juliana Carla Delsim*: responsável pela orientação do trabalho, concepção e revisão do texto.

REFERÊNCIAS

1. Dessap AM, Roche-Campo F, Launay JM, Charles-Nelson A, Katsahian S, et al. Delirium and circadian rhythm of melatonin during waning from mechanical ventilation: an ancillary study of wearing trial. *Chest*. 2015;148(5):1231-41. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.15-0525>.
2. Di Tommaso ABG, Moraes NS, Cruz EC, Kairalla MC, Cendoroglo MS. Guia prático de geriatria. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016.
3. Hipp MD, Elly EW. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. *Neurotherapeutics*. 2012;9:158-175. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>.
4. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIF. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):274-279. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300010>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html
6. Salluh, JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2015;350:h2538. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>.
7. Morandi A, Pozzi C, Milisen K, Hobbelen H, Bottomley JM, Lanzoni A, et al. An interdisciplinary statement scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT). *BMC Geriatr*. 2019;19:253. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2>.
8. Pessoa RF, Nacul FE. Delirium em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(2):190-195. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200013>.
9. Tobar EA, Álvarez E, Garrido MA. Cognitive stimulation and occupational therapy for delirium prevention. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):48-252. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170034>.
10. Álvarez E, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara S, Briceño C, et al. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: a pilot randomized clinical trial. *J Crit Care*. 2017;37:85-90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>.
11. Herling S, Fgreve I, Evasilevskis EE, Egerod I, Bekker M, Moller AM, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD009783. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>.

12. Weinreich M, Herman J, Dickason S, Mayo H. Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: a systematic review. *Occup Ther Health Care*. 2017;31(3):205-213. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>.
13. Caetano GM, Niyama BT, Almeida MHM, Batista MPP, Ratier APP. Intervenção não farmacológica no manejo de delirium: uma revisão bibliográfica integrativa. *Cad Bras Ter Ocup*. 2021;29:8-14. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2198>.
14. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*. 2014;33(1):22-32. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626195>.
15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
16. Boot R. Delirium: a review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(3):185-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.004>.
17. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66(11):1917-22. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>.
18. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP. Prevalência de delirium em pacientes de terapia intensiva e associação com sedoanalgesia, gravidade e mortalidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190068. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Portaria Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. 2001. 2a ed. 96. 1E. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.
22. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Silva MMA, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.203-24.
23. Azevedo ACF, Camargo AMS, Oliveira EM. Delirium e tempo de permanência em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Baiana Enferm*. 2020;33. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33554>.
24. Schubert M, Schürch R, Boettger S, Garcia Nuñez D, Schwarz U, Bettex D, et al. A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients - a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):550. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3345-x>.
25. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370-9. <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência UTI Adulto. Brasília; 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-07.pdf>.
27. Gollegã ACC, Luzo MCM, Carlo MMRP. Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: Carlo MMRP; Bartalotti CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001. p.137-154.
28. Cazeiro APM, Peres PT. A Terapia Ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cad Bras Ter Ocup*. 2010;18(2). Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351>
29. Ferreira ABH. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização-PNH. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf.
31. Santos CAV, Terapia Ocupacional em Unidade de Terapia Intensiva Adultos e Idoso. In: De Carlo MMRP, Kudo AM. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. 8a. ed. São Paulo: Editora Payá; 2018. p.350-355.
32. Ferreira PBP, Porto IS, Espírito Santo FH, Figueiredo NMA, Enders BC, Cameron LE, et al. Health education for hospitalized patient in nursing care: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20200459. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0459>.
33. Fisher AG, Griswold LA. Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Schell BAB, Gillen G. Willardand

-
- Spackman's occupational therapy. 13a. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p.335-350.
34. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *BMJ*. 2016;353:i1010. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1010>.
35. Fangel LMV, Cardoso RC. Noções de Oncologia e Atuação do Terapeuta Ocupacional no Câncer de Mama e de Pulmão. In: De Carlo MMRP, Kudo AM. *Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos*. 8a. ed. São Paulo: Editora Payá; 2018. p.160-172.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p.40. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
37. World Federation of Occupational Therapists. About occupational therapy. 2022. Disponível em: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>.
38. Fiese BH. Routines and rituals: Opportunities for participation in family health. *OTJR (Thorofare N J)*. 2007;27:41S-49S. <https://doi.org/10.1177/15394492070270S106>.
39. Segal R. Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions. *Am J Occup Ther*. 2004;58:499-508. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.499>.
40. De-Carlo MMRP, Gomes-Ferraz CA, Rezende G, Buin L, Moreira DJA, Souza KL, et al. Diretrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da COVID-19 e perspectivas pós-pandemia. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2020;53(3). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p332-369>
41. Alminhana LO, Hoch LC. Benefícios das Técnicas Mente-Corpo como intervenções psicoterapêuticas em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, sob a perspectiva transpessoal. Dissertação de mestrado em teologia. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; 2004. Disponível em: http://www3.est.edu.br/biblioteca/btd/Textos/Mestre/Alminhana_lo_tm114.pdf.
42. AOTA. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. Versão Portuguesa de Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4a ed. 2020. <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>.
43. Bombarda, TB, Lanza AL, Santos CAV, Joaquim RHVT. Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. *Cad Bras Ter Ocup*. 2016;24(4):827-35. Disponível em: www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1580.

